

통증장애의 정신과적 평가

연세대학교 의과대학 정신과학교실

고 경 봉

Psychiatric Evaluation of Pain Disorder

Kyung Bong Koh, M.D., Ph.D.

Department of Psychiatry, Yonsei University College of Medicine

서 론

통증은 환자들이 호소하는 가장 흔한 증상이면서, 통증의 원인 및 통증에 대한 반응이 다양하기 때문에 치료하기 가장 어려운 증상들 중 하나이기도 하다. 그러나 때때로 통증은 조직의 손상이 일어나고 있음을 알려 주는 신호 역할을 하여 우리가 스스로 유해자극을 피하게 하거나 다른 적절한 조치를 취하게끔 하는 보호적 기능도 있다.¹⁾

이런 환자들은 지속적인 통증 때문에 많은 의사들을 찾아다닌다. 이들은 통증이 신체적인 문제 때문에 일어난다고 믿고 그것의 정확한 원인을 찾아서 통증을 완화시킬 특수한 치료를 해 줄 의사를 찾는다. 이때 만약 의사가 이런 환자의 입장을 지지해주어 이전의 의사들이 환자의 치료에 무능하다고 생각하면 게임은 다시 처음과 마찬가지로 시작된다. 이런 의사는 결국 패자가 되고 통증이 승자가 된다.²⁾

통증은 청각이나 시각과는 달리 인격, 기대, 암시, 과거 통증경험과 같은 개인의 심리적 특성 및 사회문화적 환경 등 여러 가지 요인들에 의해 크게 영향을 받는다.¹⁾ 이외에도 통증이 불안이나 우울과 같은 정서적 문제에 의해서 일어나는가 하면 때로는 통증이 정신장애의 양상으로 표현될 수도 있다.

특히 통증은 불안, 우울과 같은 정서적 고통을 일으키는 것은 물론 직장 및 사회생활에서의 적응을

어렵게 하고 가족과의 갈등을 야기시키기도 한다. 그래서 심한 경우 가정붕괴로 발전할 수도 있다. 또한 약물남용, 불필요한 검사 및 수술을 받는다면 우울증상으로 절망감과 무력감에 빠져 자살을 시도할 수 있다. 그리고 직장을 자주 결근하거나 직장을 그만두게 됨으로써 개인적으로는 물론 사회적으로도 경제적 손실이 커진다.

이런 환자에서 문제가 되는 것은 의사가 생물학적 모형에만 입각해서 평가하려고 하고 이들 문제 이면의 정신사회적 문제를 평가하려고 하지 않기 때문에 증상이 장기화되기 쉽다. 이런 점에서 통증의 생물학적인 측면은 물론 정신사회적 측면에서도 그 원인 및 평가에 관해서 알아야 할 필요성이 강조된다.

원 인

1) 생물학적 원인

지금까지 알려진 통증지각의 이론을 보면 크게 관문조절설(*gate control theory*), 특정이론, 패턴이론(*pattern theory*)과 같은 신경생리적 이론들이 있다.¹⁾ 관문조절설은 척수의 등쪽뿔(*dorsal horn*) 아교질(*substantia gelatinosa*)에 있는 관문조절기전이 말초신경으로부터 중추신경계로 들어오는 통증의 신호의 출입을 통제하는 문과 같은 역할을 할 수 있다는 것이다. 즉 신경전달물질은 물론 다른 경쟁적인 신호들이 통증지각에 관련된 문을 열어 놓고 들어오게 하는가 하면 못 들어오게 닫기도 한다는 것이다.³⁾

직경이 큰 신경섬유들은 이 기전에 대한 억제효과를 가지고 있어 뇌로 가는 충동의 이동을 감소시키는 반면 통증과 관련된 신경섬유와 같이 직경이 작은 섬유들은 자극효과를 가진다. 이 이론에 의하면 환상통(phantom pain)은 억압으로부터 풀린다는 것에 근거하여 설명될 수 있다. 즉 절단된 기관으로부터 직경이 큰 섬유들의 상실은 관문조절기전을 열어 두게 하여 통증을 쉽게 지각하게 된다는 것을 의미한다. 또한 이런 통증억제효과를 가지고 있는 직경이 큰 섬유를 자극하는 침(acupuncture)이 어떻게 통증을 완화시키는지 설명해 줄 수 있다. 그러나 이 기전의 존재에 관해서는 아직 논란이 많다.¹⁾

특정 이론은 특정 통증 수용체가 있고 여기서 특정 경로를 거쳐 시상(thalamus)의 특정 핵으로 전달된다는 것을 가정한다. 이 이론이 급성 통증기전을 설명하는 데는 효과적이거나 만성적인 통증을 설명하는 데는 적합하지 않다. 또한 이 이론으로는 환상통에서와 같이 특정 통증수용체에 대한 자극이 없는 통증의 현상을 설명하기 어렵다.

패턴이론은 특정 형태의 자극이 특정 수용체로부터 온 것이든 아니든지 간에 척수 핵에 있는 반사회로에서 특정 발사패턴을 가동시켜 뇌에서 통증을 지각한다고 가정하는 것이다. 이 이론은 사지절단 후에 나타나는 환상지통을 설명해 줄 수 있으나 통증을 일으키거나 지속시키는 반사회로가 있다는 증거를 제시하지 못하는 점이 문제가 된다.

세로토닌(serotonin)이 통증을 억제하는 주요 신경전달물질(neurotransmitter)일 가능성이 있다. 그것은 세로토닌계 항우울제가 통증 환자들에게 효과적이기 때문이다. 또한 엔도르핀(endorphin)도 통증을 억제하는 역할을 하여 엔도르핀의 부족이 통증지각을 더 높이는 데 관여할 것으로 보고 있다.⁴⁾

2) 심리적 요인

스트레스인자가 통증을 유발하거나 악화시키는 데 관여할 수 있다. 만성 요통 환자들은 정상대조군에 비해 일 및 직장, 대인관계 등의 스트레스인자에 대한 지각이 유의하게 더 높았다.⁵⁾

불안의 증가는 통증의 반응을 증가시키고 불안의 감소는 그런 반응을 감소시킨다. 불안과 통증은 학습과정을 통해 연관되어 있다. 아동기에 신체적 처벌(통증)은 흔히 어린이가 부모의 사랑을 잃을까봐

불안해하는 상황에서 일어난다. 상해에서 신체적 부분의 상실에 대한 두려움에도 통증이 동반된다.¹⁾

통증경험에 영향을 미치는 심리적 상태 중에는 우울과 기대가 있다. 통증은 우울증 환자들의 60~100%에서 나타날 정도로 우울장애의 흔한 증상이다.⁶⁾ 기질적 장애가 없는 만성 통증을 우울증의 한 형태로 보기도 한다.⁷⁾ 이런 가설은 만성 통증장애 환자들이 우울증의 증상들을 보이고 우울장애의 가족력이 있고 만성 통증이 항우울제에 잘 반응을 한다는 것으로 뒷받침되고 있다. 개인의 관심이 자신의 내부와 신체로 향하는 우울상태에서 신체적 감각이 더 강화되어 경미한 불편감이 심한 통증으로 확대, 경험될 수 있다. 이렇게 해서 우울은 통증을 악화시키고 통증은 우울을 일으켜 우울-통증의 악순환이 계속된다. 따라서 우울증과 함께 통증이 있을 경우에는 이런 악순환을 끊는 데 항우울제가 효과적으로 이용되기도 한다.

또한 통증은 분노 및 공격성과 연관된다. 즉 분노가 통증을 더 악화시키는가 하면 통증이 공격성을 일으키는 자극제가 되기도 한다.⁸⁾ 그리고 통증을 지속적으로 호소하는 환자들은 적대감을 노골적으로 표현하지 못하고 억압하는 경향을 보인다.⁹⁾

한편 통증에 대한 기대가 통증경험에 중요한 역할을 한다. 실험적인 통증상황에서 심한 통증을 예상하게끔 미리 이야기를 들은 사람들은 그렇지 않은 사람들보다 통증내성이 더 높은 것으로 나타났다.¹⁰⁾

앵겔(Engel)¹¹⁾에 따르면 첫 통증은 사춘기에 흔히 일어나고 성적 충동에 관한 죄책감과 관련되어 있다. 통증은 실제적 또는 가상의 상실에 대한 반응으로서 나타나고 또 강한 공격적 혹은 금지된 성적 충동에 의한 죄책감에 의해서도 일어날 수 있다. 신체적인 학대를 받고 자란 어린이는 죄책감 때문에 벌을 받고자 하는 욕구로서 통증을 가지게 된다고 설명하기도 한다. 통증의 부위는 자신과 가까웠던 사람들에게 의해 경험되는 것과 유사하고 때때로 통증의 부위가 다른 사람이 통증을 경험했으면 하는 의식적 및 무의식적 소망에 대한 죄책감과 관련된 상징에 의해서 결정될 수도 있다. 포드(Ford)등²⁾은 심지어 통증의 원인을 살인적인 충동에 대한 방어로 보기도 하였다.

환자의 인격은 통증에 대한 반응에 큰 영향을 미치고 한편 장기간 지속되거나 혹은 심한 정도의 통

증은 인격에도 크게 영향을 미친다. 예를 들면 외향성 성격인 사람들은 내향성 성격인 사람들에 비해 통증내성이 더 높고 통증경험을 과장하는 경향이 있다.¹²⁾

이외에도 만성 통증은 대인관계를 조정하고 이차적 이득을 얻기 위한 수단으로 간주되기도 한다. 예를 들면 가족의 사랑을 얻고 불안정한 결혼상태를 안정시키기 위한 방편으로 통증이 이용될 수 있다.⁴⁾ 다시 말해서 가까워지고 싶은 사람들과 재결합해 줄 증상으로서 통증을 이용할 수도 있는 것이다.

통증 환자들의 정신사회적 특성

남자들이 여자들보다 통증자극에 대해 내성이 더 강하고 연령이 많을수록 통증내성도 감소된다. 인종별로는 백인이 통증자극에 대한 내성이 가장 높고 그 다음으로 흑인이 높고 동양인들이 가장 낮은 것으로 알려졌다.¹³⁾

통증 환자들의 배경을 보면 흔히 아동기에 통증을 경험한 적이 있고 공격성을 보인 적이 있다. 부모들 중 알코올중독자가 있어서 학대를 당한 경험을 가지고 있고, 부모들은 환자가 아플 때에만 관심을 보여준 경험이 있다.

통증은 흔히 불안을 일으킨다. 만성 통증은 통증이 기질적이든 기능적이든 간에 불안을 증가시키는 것으로 알려져 있다.¹⁴⁾ 한편 조직손상으로 인한 만성적인 심한 통증 때문에 우울이 일어나기도 한다.¹⁵⁾ 이런 환자들은 감정표현불능증(*alexithymia*)을 보인다. 즉 말로 감정을 표현하는 능력이 결핍되어 있다.^{16,17)} 또한 만성 통증 환자들은 이런 특징 이외에도 흔히 가족들 간 심한 갈등이 있음에도 불구하고 가족들을 이상화하려는 경향이 있고, 분노나 원망을 표현하지 않는 경향을 보였다. 비록 많은 환자들이 우울을 부정하지만 우울증을 보이고 죄책감, 의존, 매조기증(피학대증), 신체적 고통에 대한 집착이 흔히 병행된다.¹⁸⁾

만성 통증 환자들을 대상으로 미네소타 다면성 인성검사(MMPI)를 통해 연구한 바에 따르면 건강과다염려증(Hs), 히스테리아(Hy), 우울D척도 점수가 일관되게 증가되었다.^{19,20)} 한편 여러 가지 인격검사들을 이용하여 만성 통증 환자들을 무작위로 조사한 결과 대인고립과 타인조정이 주된 특징임을 발견하였

다.²¹⁾

또한 통증 환자들은 자기에적인 것으로 밝혀졌다.²²⁾ 이런 사람들은 타인을 불신하고 무시하는 반면 동시에 위신을 내세우고 칭찬을 갈구하는 것으로 나타났다. 이런 사람들은 뜻하지 않은 사고를 당하기 전까지만 해도 아주 건강했다가 사고 후에 익숙해 있지 않은 무력감과 불안에 빠진다. 자기에에 손상을 당한 후 이런 환자들은 자신에게 관심을 안 보이고 자신을 무능한 것으로 간주하는 가족들과 치료진들에 대해 분노를 나타낸다.

객관적인 기질적 장애를 보이지 않는데도 불구하고 심하게 통증을 호소한다는 것은 이들이 자신의 삶이 힘들다는 것을 말하려는 시도로 해석되었다. 그렇기 때문에 그들은 통증의 선언을 쉽게 포기하지 않는다. 주관적 통증을 더 과장되게 평가한 환자일수록 삶이 더 통증에 치중되었고 일상생활이 통증에 의해 더 많이 영향을 받는 것으로 밝혀졌다.²¹⁾ 그리고 실제로 통증의 강도가 클수록 통증에 대한 반응으로 간주되는 우울도 증가되었다.

통증행동은 개인이 통증이 있다는 것을 나타내기 위해 보이는 모든 행동을 가리킨다. 신체적 통증보다는 오히려 자존심(*self-esteem*)과 관련된 통증인 경우 심리적인 대응이 어렵다. 이런 자존심에 대한 손상은 자신의 문제를 외적인 곳으로 투사하기 때문에 적응이 어려워진다. 이런 행동은 실제적인 통증 때문에 일어날 수도 있으나 환경적 요인 때문에 일어나기도 한다. 신경절단을 하였음에도 불구하고 사타구니에 계속 통증을 느끼며 절룩거리는 경우도 병적인 통증행동의 예가 된다.²³⁾

통증행동은 환자 자신이 싫어하는 상황이나 일로부터 회피하는 것과 같은 부정적 강화로 작용할 수 있는가 하면, 배우자로부터 관심을 끌거나 경제적 이득을 얻으려는 것과 같은 긍정적 강화로 작용할 수도 있다.

만성 통증 환자들은 의사와의 관계에서 분노나 우울을 드러내지 않고, 처치가 잘 되었음에도 불구하고 이에 일치되지 않는 호소와 요구를 하고, 장기간 보상되지 않은 의존욕구를 보인다.²⁴⁾

평 가

통증 환자의 평가에는 면담을 통해 통증의 발병

및 경과에 관한 것을 자세히 알아보고 스트레스상황이 통증의 발생 및 악화에 영향을 미쳤는지를 확인한다. 통증에 대한 철저한 신체적 평가가 필요하다. 기질적 장애에 의한 것인지 아니면 기능적 통증장애 인지를 구분하는데 도움이 되기 때문이다.²³⁾ 그러나 위약(placebo)으로 기질적 및 기능적인 통증을 감별하는 것은 불가능하기 때문에 이런 목적으로 위약을 사용해서는 안 된다.²⁵⁾ 예를 들면 식염수(saline)의 주사로 환자의 통증이 완화되었다고 기능적인 것으로 간주해서는 안 된다는 것이다. 실제로 기질적 이상이 있는 심한 통증을 호소하는 환자들이다더라도 위약에 대해 잘 반응할 수 있기 때문이다.

만성 통증 환자의 평가는 심리적 인자가 어떻게 통증에서 역할을 담당하는지를 평가하는 것이다. 심리적 인자와 만성 통증간의 상호관계는 정신생리적 기전, 조작적 기전(*operant mechanism*), 정신장애의 양상으로 나타난다.²⁶⁾

1) 정신생리적 기전

긴장성 두통, 편두통, 소화성 궤양, 과민성대장 증후군 환자들에서 보이는 통증은 정신생리적 기전, 즉 심리적 스트레스가 생리적 기전에 영향을 끼쳐 나타난다. 그러나 이런 환자들은 흔히 스트레스를 잘 인식하지 못한다. 이것을 감정표현불능증(*alexithymia*)이라고 부른다.¹⁶⁾ 따라서 환자들로부터 중요한 심리적인 자료를 끄집어내기 위해서는 특수한 정신과적 면담기술이 필요하다.

이런 환자들로부터 그런 자료를 가능한 많이 끌어내기 위해서 권장되는 평가방법으로는 다음과 같은 것이 있다.²⁶⁾ 첫째, 의학적 병력, 과거력, 가족력, 개인력, 정신검사를 차례로 확인해 보는 방법이다. 이때 의사는 심리적인 문제들을 알아내려고 하지 않도록 한다. 다만 병력을 알아보는 도중에 낱짜를 잘 확인해서 스트레스 사건과 증상의 악화와와의 관계를 알아본다. 그러나 첫 면담시에 스트레스 사건, 감정, 통증간의 관계를 환자에게 지적하지 않는 게 좋다.

둘째, 환자가 생활사건에 관한 일기를 작성하게 하는 것이다. 이것이 치료계획의 토대가 되는 물론 생활사건과 증상간의 관계를 조명해 주기도 한다. 또 환자에게 매 시간마다 통증의 정도를 점수로 매기도록 한다. 예를 들면 0점은 통증이 없는 상태이

고 10점은 가장 통증이 심한 경우로 점수화한다.

셋째, 환자가 방문할 때마다 일기를 검토해 본다. 그 일기가 잘 작성되었느냐 아니냐 하는 것이 치료의 주요 지표가 될 수 있기 때문이다.

이 일기는 또한 치료와도 연관된다. 이전 기록과 비교하게 함으로써 증상의 호전 여부를 잘 인식하지 못하는 환자에게 긍정적 피드백을 제공해 줄 수 있다. 한편 나빠졌다면 과거에 좋아졌던 때를 상기시켜 낙관적인 태도를 가지게 하는 데 도움이 될 수 있다.

마지막으로 환자의 문제에 대한 가족의 평가를 확인하기 위해서 가족도 면담할 필요가 있다. 때때로 가족이나 일기를 통해 환자가 알지 못하는 통증을 악화시키는 스트레스사건을 찾아내어 치료에 있어서 중요한 계기를 마련해 주기도 한다.

2) 조작적 기전

만성 통증 호소 및 통증행동은 때때로 사회경제적 요인에 의해 악화된다. 이런 사람들에게는 만성 통증이 어떤 생활양식에 의해 긍정적으로 강화되고 또 어떤 사람들에게는 사회경제적 요인이 통증을 부정하도록 만든다. 이런 조작적 요인은 통증의 생리적 기전과는 무관하다. 따라서 조작적 기전에 의해 심인성 통증으로 진단을 내리기 쉽다.

조작적 기전은 통증행동을 지속시킬 수 있다. 일이나 가족에 대한 부양책임으로부터 벗어나게 해주는 환자역할이나 보상이 실제로 통증을 일으킬 수 있는 기간보다 더 길게 통증행동을 지속시킨다. 만성 통증 환자들에서 조작적 요인을 평가하기 위해서 환자가 일상생활을 어떻게 보내고 있고 통증이 환자의 생활에 어떤 영향을 미치는지를 알아보아야 한다. 다시 말해서 병이 가족에게 미치는 영향은 물론 병으로 인한 경제적 및 법적인 문제가 있는지도 알아볼 필요가 있다.

3) 정신장애의 병행

정신장애가 만성 통증의 경과에 영향을 미친다. 만성 통증 환자들에 대한 정신과적 평가에서 고려해야 할 정신과적 진단은 우울장애, 불안장애, 신체형 장애, 정신분열증, 약물남용 등이다.

통증과 관련된 정신장애

1) 우울장애

통증장애 환자들의 60~100%가 우울장애의 증상들을 가지고 있다. 이런 우울장애들 중에는 통증에 대한 이차적인 반응으로서 적응장애, 정신신체장애가 있고, 일부는 주요우울장애를 보인다. 주요우울장애는 만성 통증장애 환자들의 약 25%에서 발견된다.²⁷⁾ 그러나 우울을 부정하는 경우가 있다. 우울증을 보이는 만성 통증 환자들이 자살을 시도하기도 한다. 특히 항우울제 투여 후 10일 중에 일어날 가능성이 높다. 또한 만성 통증환자들의 약 44%는 감정 특히 분노의 감정을 부정하여 이것이 임상적인 측면에서 중요한 문제로 대두되고 있다.²⁸⁾ 한편 주요우울장애 환자들은 정상대조군에 비해 통증자극에 대해 둔감한 것으로 보고되어^{5,29,30)} 우울이 더 통증을 일으킬 것이라는 가설에 대해 의문이 제기되기도 한다.

2) 불안장애

통증호소 환자들의 약 30%에서 일반불안장애 및 공황장애가 일어난다. 통증에 대한 두려움을 부정하는 것이 표현하는 경우보다 예후가 더 좋지 않은 것으로 알려졌다.²³⁾

3) 신체형 장애

신체형 장애는 기질적 장애나 통증을 설명해 줄 만한 병태생리적 기전이 없는데도 신체적 통증이나 신체질병에 대한 비합리적인 불안을 보이는 정신장애를 가리킨다. 만성 통증 환자들의 약 5~15%가 신체형 장애에 속한다. 의사들이 보게 되는 신체증상들 중 20~80%가 기질적 원인이 발견되지 않았고 통증 중에는 두통과 흉통이 가장 많은 것으로 알려졌다.²³⁾

이 신체형 장애에는 전환장애, 건강염려증, 통증장애가 있다. 전환장애는 신체질환을 시사하는 신체기능의 상실이나 변화가 있고, 통증클리닉에서 흔히 볼 수 있는 증상으로는 통증, 마비감, 힘이 없어지는 경우다. 이런 증상들이 정신사회적 스트레스인자와 시간적으로 연관되어 있다. 그리고 이 환자의 증상 이면에는 일차적 및 이차적 이득이 있다. 그러나 통

증이 유일한 증상인 경우에는 전환장애로 보기 어렵다.

건강염려증은 신체질환이 없는데도 불구하고 질병이 있다고 믿는 경우로 이런 환자들은 신체증상이나 감각을 신체질환의 증거로 해석하는 경향이 있다.

또한 신체형 통증장애 환자들은 통증을 설명해 줄 기질적 이상이나 병태생리기전이 없는데도 불구하고 최소 6개월 이상 통증에 집착해 있는 경우가 해당된다. 이 진단이 최근 진단분류(DSM-IV)에서는 통증장애로 분류되었다.³⁾ 이 통증장애에는 심리적 인자가 연관된 통증장애, 심리적 인자 및 일반 의학적 상태와 연관된 통증장애, 일반 의학적 상태와 연관된 통증장애로 구분되었다. 이 분류에서는 임상적 심리적 요인이 통증의 원인, 악화, 유지 및 심한 정도에서 중요한 역할을 하는지, 그리고 증상을 일으킬 만한 일반 의학적 상태가 있는지를 판단하게 한 점이 특징적이다.

이외에도 신체증상을 가장하는 가병(factitious disorder)이 있다. 이런 환자들에서 보이는 신체증상들 중 가장 흔한 것이 복통이다. 또 피병(malingering)이 있다. 이것은 어떤 목적 예를 들면 경제적인 도움 또는 일이나 군대에서 빠지는 것과 같은 특권을 얻기 위해서 신체증상을 고의로 만들어 내는 경우를 가리킨다.

정신병, 즉 정신분열증, 기질적 정신병, 치매 환자들도 통증을 호소할 수 있다. 이런 경우 통증은 망상으로 나타나고 증상의 호소나 분포가 이상한 양상을 띄게 된다.

일반적 접근 원칙

통증장애 환자에 대한 일반적 접근은 다음과 같이 하는 것이 바람직하다.²³⁾

첫째, 환자에게 통증의 원인을 심리적인 것이라고 말하지 않도록 한다. 의사는 환자가 호소하는 통증의 정도가 설사 심리적 인자가 어느 정도 관계하더라도 통증이 환자에게는 거짓 없는 사실이라는 것을 인정해 주어야 한다.

둘째, 환자의 감정과 행동을 관찰하는 것이 통증을 평가하고 진단을 내리는 데 필요하다. 기분의 변화는 환자의 손상된 자존심을 나타낸다. 만성 통증 환자들은 신체부위에서만 손상을 받는 게 아니라 자아상에 있어서도 손상을 받는다. 이런 자존심의 손

상을 당한 만성 통증 환자를 면담하기 위한 기술이 진단적 평가를 위해서는 물론 효과적인 치료계획을 위해서도 필요하다.

셋째, 면담자가 환자로 하여금 자신의 이야기를 말하도록 하는 것이 중요하다. 이것은 어느 정도 환자의 감정을 정화(catharsis)시켜 환자의 불안을 덜어 줄 수 있고 환자와의 치료적 관계를 용이하게 해 준다.

넷째, 환자의 감정표현을 격려해야 한다. 의사는 환자가 가지고 있으나 인식하고 싶어하지 않는 느낌을 이야기하도록 도와주어야 한다. 그러나 의사가 환자의 감정을 너무 표현하도록 강요하면 감정표현을 오히려 방해할 수도 있다.

다섯째, 환자에게 통증 자체는 일부 심리적 문제들이 원인이 될 수 있고, 효과적으로 평가하기 위해서는 신체와 정신 모두가 포함되는 통합적이어야 한다는 것을 설명할 필요가 있다.²⁾

여섯째, 만성 통증 환자의 진단에는 여러 과의 종합적인 접근이 필요하다. 여기에는 여러 과의 의사, 물리치료사, 심리사, 기타 의료제공자들이 모두 포함된다. 이렇게 함으로써 팀 구성원들 간의 의사소통이 증대되고 환자에 의한 조정 및 불순응의 가능성을 줄일 수 있다.²⁾

요 약

통증의 발병 및 경과에는 기질적 이상은 물론 정신사회적 요인에 의해서도 크게 영향을 받는다. 통증에 의한 이차적인 반응으로 불안, 우울과 같은 심리적 반응이 일어나는가 하면 통증이 정신장애의 양상으로 표현되기도 한다. 또한 만성 통증은 삶의 어려움을 반영한다. 따라서 통증장애의 평가에 있어서도 정신사회적 접근이 필요하다. 한편 이런 환자들에서 위약을 기질적 및 기능적인 통증을 감별하는데 사용하는 것은 위험하다. 특히 만성 통증 환자의 평가에는 여러 과가 공동으로 접근하는 통합적 접근, 즉 생물정신사회적 접근이 권장된다. 특히 이런 환자들의 심리적 문제에 대한 부정이 정신과적 접근을 어렵게 하기 때문에 이들에 대한 특수한 면담기술이 필요하다.

참 고 문 헌

- 1) Leigh H, Reiser MF. *The patient: biological, psychological and social dimensions of medical practice*, 2nd ed. New York, Plenum Medical Book, 1985; 209-40.
- 2) Ford CV. *The somatizing disorders: illness as a way of life*. New York, Elsevier Biomedical, 1984; 98-126.
- 3) Guggenheim FG, Smith GR. *Somatoform disorders*. In: Kaplan HI, Sadock BJ. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 6th ed. Baltimore, Williams & Wilkins, 1995; 1264-8.
- 4) Kaplan HI, Sadock BJ. *Synopsis of psychiatry: behavioral sciences & clinical psychiatry*, 7th ed. Baltimore, Williams & Wilkins, 1994; 628-30, 764-5.
- 5) 신윤식, 고경봉. 만성 요통 환자들에서 스트레스지각과 대응전략 간의 관계. *정신신체의학* 2002; 10: 18-26.
- 6) VonKnorring L. *The experience of pain in depressed patients*. *Neuropsychobiology* 1975; 1: 155-65.
- 7) Blumer D, Heilbronn M. *Chronic pain as a variant of depressive disease*. *J Nerv Ment Dis* 1982; 170: 381-406.
- 8) Sternbach RA. *Pain: a psychophysiological analysis*. New York, Academic Press 1968.
- 9) Ulrich RE, Hutchinson RR, Azrin NH. *Pain-elicited aggression*. *Psychol Rev* 1965; 15: 111-26.
- 10) Kanfer FH, Goldfoot DA. *Self-control and tolerance of noxious stimulation*. *Psychol Rev* 1966; 18: 79-85.
- 11) Engel GL. *Psychogenic pain and the pain-prone patient*. *Am J Med* 1959; 36: 899-918.
- 12) Lynn R, Eysenck HJ. *Tolerance for pain, extraversion, and neuroticism*. *Percept Motor Skills* 1961; 12: 161-2.
- 13) Woodrow KM, Friedman CD, Sielgelaub AB. *Pain tolerance: Differences according to age, sex, and race*. *Psychosom Med* 1972; 34: 548-56.
- 14) Bond MR. *The relation of pain to the Eysenck personality inventory, Cornell medical index, and Whitely index of hypochondria*. *Br J Psychiatry* 1971; 119: 671.
- 15) Robinson H, Kirk RF, Frye RF. *A psychological study of patients with rheumatoid arthritis and other painful diseases*. *J Psychosom Res* 1972; 16: 53-6.
- 16) Postone N. *Alexithymia in chronic pain patients*. *Gen Hosp Psychiatry* 1986; 8: 163-7.
- 17) 송지영, 김태수, 오동재, 윤도준, 염태호. 통증을 가진 신체형 장애 환자에서 감정표현 능력과 압통역치. *정신신체의학* 1994; 2: 69-79.

- 18) Pinsky JJ. *Chronic, intractable, benign pain: a syndrome and its treatment with intensive short-term group psychotherapy*. *J Human Stress* 1978; 4: 1721.
 - 19) Blumetti AE, Modesti LM. *Psychological predictors of success or failure of surgical intervention for intractable back pain*. In: Bonica JJ, Albe-Fessard D. *Advances in Pain Research and Therapy, Vol 2*. New York, Raven Press 1976.
 - 20) Strassberg DS, Reimherr F, Ward M, Russell S, Cole A. *The MMPI and chronic pain*. *J Consult Clin Psychol* 1981; 49: 220-6.
 - 21) Timmermans G, Sternbach RA. *Factors of human chronic pain: an analysis of personality and pain reaction variables*. *Science* 1974; 184: 806-8.
 - 22) Blazer DG. *Narcissism and the development of chronic pain*. *Int J Psychiatr Med* 1980; 10: 69-79.
 - 23) Bouckoms A, Hackett TP. *The pain patient: evaluation and treatment*. In: *MGH Handbook of General Hospital Psychiatry, 3rd ed*. Ed by Cassem NH, St. Louis, Mosby Year Book, 1991; 39-68.
 - 24) Bouckoms AJ, Litman RE. *Chronic pain patients: clues in the clinical interview*. *Psychiatr Med (In press)* 1987.
 - 25) Shapiro AK. *Attitudes toward the use of placebos in treatment*. *J Nerv Ment Dis* 1960; 130: 200-11.
 - 26) Houpt JL. *Chronic pain management*. In: Soudemire A, Fogel BS. *Principles of Medical Psychiatry*. Orlando, Grune & Stratton, 1987; 389-401.
 - 27) Reich J, Tupin J, Abramowitz S. *Psychiatric diagnosis of chronic pain patients*. *Am J Psychiatry* 1983; 140: 1495-8.
 - 28) Antczak-Bouckoms A, Bouckoms AJ. *Affective disturbances and denial of problems in dental patients with pain*. *Int J Psychosom* 1985; 32:9-11.
 - 29) Davis GC, Bucsbaum MS, Bunney WE. *Analgesia to painful stimuli in affective illness*. *Am J Psychiatry* 1979; 136: 1148.
 - 30) 김종철, 김명정. *주요 우울장애에서의 동통역치*. *신경정신의학* 1985; 24: 227-35.
-